

Gestación

CARMEN GÓMEZ MORENO

Matrona. Profesora titular de Enfermería. Unidad Docente de Matronas de Cataluña.
Universidad de Barcelona.

La Sra. Sara T. acude a su primera visita de control prenatal. Está de 13 semanas de gestación y es su segundo embarazo. El anterior fue un aborto espontáneo a las 14 semanas. No presenta ninguna enfermedad. Tiene 35 años y su grupo sanguíneo es A Rh positivo.

1. ¿Cómo registraría la fórmula de paridad de la Sra. Sara T.?

- a) 1-1-1-0
- b) 0-0-1-0
- c) 0-1-1-0
- d) 1-0-0-0

2. ¿Representa la edad de la Sra. Sara S. un factor de riesgo para su embarazo?

- a) Sí, porque supera la franja de edad de los 30 años
- b) No, porque hasta los 35 años no se considera factor de riesgo la edad
- c) No, porque hasta los 38 años no se considera factor de riesgo la edad
- d) Sí, porque está en la franja de edad de los 35 años

3. ¿De dónde procede la progesterona que mantiene el embarazo en las primeras 5-7 semanas?

- a) De la placenta
- b) Del cuerpo lúteo
- c) De la decidua
- d) De la hipófisis

4. Durante la gestación es normal una ligera alcalosis respiratoria. ¿A qué es debido?

- a) A hiperventilación
- b) A taquipnea
- c) A reducción de la caja torácica
- d) Al aumento del volumen uterino

5. ¿Por qué motivo durante la gestación puede aparecer pielonefritis?

- a) La gestación predispone a la aparición de infecciones
- b) Los uréteres se encuentran dilatados y aumentados de longitud
- c) Está aumentado el peristaltismo
- d) Existe un aumento del flujo plasmático renal

6. En ocasiones, al realizar determinaciones de glucosa en orina, la mujer gestante puede presentar glucosuria sin que esté alterada la glucemia; esto puede deberse a:

- a) Este hecho es imposible
- b) A la acción del lactógeno placentario
- c) Al aumento de la volemia
- d) Al aumento de la velocidad de filtrado glomerular

7. Durante la gestación, el útero aumenta considerablemente de tamaño. Esto se debe a:

- a) Hiperplasia
- b) Hipertrofia
- c) Existe un 50% de hiperplasia y un 50% de hipertrofia
- d) Aumento de la red vascular uterina

8. ¿Qué hormona tiene un efecto mayor sobre los ligamentos durante la gestación?

- a) La relaxina
- b) La oxitocina
- c) Los estrógenos
- d) La gonadotropina coriónica

9. A partir de las 28 semanas de gestación aproximadamente se realizan las maniobras de Leopold, que sirven para:

- a) Conocer la edad gestacional
- b) Determinar el bienestar fetal
- c) Determinar la estática fetal
- d) Prevenir la incontinencia urinaria en el puerperio

10. La frecuencia cardíaca fetal (FCF) normal se sitúa entre:

- a) 100-120 latidos por minuto
- b) 80-100 latidos por minuto
- c) 160-180 latidos por minuto
- d) 120-160 latidos por minuto

11. ¿A partir de qué semana de gestación se puede auscultar la FCF mediante el estetoscopio de Pinard?

- a) 8-10 semanas
- b) 20-25 semanas
- c) 30-35 semanas
- d) 36-40 semanas

12. Si una mujer gestante presenta síndrome de hipotensión supina, nuestra primera actuación ha de ser:

- a) Cambiar su posición a decúbito lateral
- b) Antes que otra cosa, auscultar la FCF
- c) Realizarle un registro cardiotocográfico
- d) Se ha de ingresar para observación.

13. Durante la gestación los lípidos están:

- a) Disminuidos durante la primera mitad de la gestación
- b) Aumentados en la segunda mitad de la gestación
- c) No se alteran
- d) Disminuidos a partir de las 37 semanas de gestación

14. La Sra. Carmen C. acude a su primera visita de control prenatal. Nos dice que la fecha de su última menstruación fue el 6 de diciembre de 1999. Calcule la fecha probable del parto de la Sra. Carmen C.

- a) 10 de agosto de 2000
- b) 13 de octubre de 2000
- c) 13 de septiembre de 2000
- d) Si no disponemos de un ecógrafo no la podemos determinar

15. Observamos que la Sra. Carmen C. presenta cloasma gravídico. Esto se refiere a:

- a) La aparición de una gingivitis hipertrófica
- b) Estrías gestacionales
- c) Eritema palmar
- d) Aumento de la pigmentación facial

RESPUESTAS

1. **b.** La fórmula de paridad la componen cuatro dígitos en un orden establecido y estándar que se utiliza para conocer la paridad. El orden es el siguiente: embarazos a término, prematuros, abortos, hijos vivos. Esta fórmula nos da una información limitada sólo a la cronología de los embarazos, por lo que siempre se debe ampliar en caso necesario. En el caso de la Sra. S., además de hacer constar su fórmula detallaríamos el tipo de aborto, las semanas y el motivo en caso de conocerlo.

2. **c.** Según el protocolo de seguimiento del embarazo del Departamento de Sanidad de la Generalitat de Catalunya, se considera un factor de riesgo medio la edad de la mujer gestante cuando es igual o superior a 38 años o, en el otro extremo, cuando la edad es igual o inferior a 17 años.

3. **b.** Durante las primeras 5 a 7 semanas de gestación la progesterona procede del cuerpo amarillo o cuerpo lúteo gravídico. A partir de las 7 semanas la placenta ya puede sintetizar la progesterona necesaria para el mantenimiento de la gestación. Aunque la secreción de progesterona es compartida por el cuerpo lúteo y la placenta entre las semanas 7 y 12, la eliminación del cuerpo lúteo antes de la séptima semana conduce al aborto. El cuerpo lúteo suele comenzar su regresión la semana 10 de gestación.

4. **a.** Durante el embarazo existe una hiperventilación probablemente debido a la acción de la progesterona. Esta hormona disminuye la resistencia pulmonar y crea un entorno para el aumento de la función alveolar. Diversos estudios señalan que la ventilación aumenta de un 19 a un 50%. Este incremento se debe al aumento del volumen corriente sin que exista un aumento de la frecuencia respiratoria. No existe una reducción de la caja torácica, aunque, a medida que la gestación progresa,

aumenta la presión intraabdominal debido al crecimiento uterino: el diafragma se eleva y las costillas se horizontalizan.

5. **b.** Debido a la acción de la progesterona, los uréteres se encuentran dilatados y aumentados de tamaño y tienden a hacer incurvaciones, lo que favorece la estasis urinaria que puede favorecer, así mismo, la aparición de infecciones urinarias. No hay aumento del peristaltismo durante la gestación; por el contrario, se produce una relajación de la musculatura del tracto gastrointestinal y una hipomotilidad gástrica debido a la acción de la progesterona.

6. **d.** Durante la gestación existe un aumento de la velocidad de filtrado glomerular. Este hecho provoca que el riñón no pueda absorber todas las moléculas de glucosa y que en ocasiones haya una glucosuria positiva sin que haya alteración de la glucemia. Desde el punto de vista fisiológico, durante la gestación se producen una serie de cambios en el metabolismo de los hidratos de carbono con el fin de favorecer el aporte de glucosa al feto. En este sentido, el lactógeno placentario ejerce una acción antagónica de la insulina; por tanto, el embarazo es una situación diabética que agrava una diabetes preexistente, y en ocasiones, en mujeres no diabéticas aparecen signos clínicos de diabetes que remiten después del parto.

7. **b.** El aumento se debe a la hipertrofia del músculo uterino sin que se produzca nuevo desarrollo celular. La progesterona y los estrógenos son los que inician estos cambios hasta la semana 14 de gestación, a partir de la cual el feto también ejerce una acción distensora mecánica.

8. **a.** La relaxina en especial ejerce su acción en la sínfisis ligamentosa del pubis, que sufre un ablandamiento y una separación

parcial hacia la semana 28-32 de gestación. La oxitocina ejerce su acción sobre la musculatura lisa, haciendo que ésta se contraiga.

9. c. Las maniobras de Leopold son una serie de maniobras de palpación abdominal que se utilizan para determinar la estática fetal. Con ellas obtenemos información sobre la presentación fetal, la posición y el grado de encajamiento. La determinación del bienestar fetal se realiza por medios biofísicos, como el control de los movimientos fetales y la determinación de diferentes parámetros relacionados con la frecuencia fetal.

10. d. Los parámetros de normalidad de la FCF se sitúan entre 120 y 160 latidos por minuto. A pesar de que actualmente se discute la posibilidad de que no sea un patrón patológico una FCF de entre 100 y 120 latidos por minuto, se considera que una frecuencia por debajo de 120 es una bradicardia fetal y una por encima de 160 una taquicardia.

11. b. Antes de las 20 semanas de gestación es difícil poder auscultar la FCF con el estetoscopio de Pinard. El método para la auscultación más precoz son los ultrasonidos, que a partir de la octava semana de gestación nos permite controlar la FCF.

12. a. A medida que el útero grávido aumenta de tamaño, se puede producir el síndrome de hipotensión supina, que consiste en la compresión de la vena cava por el útero cuando la mujer gestante se encuentra en posición supina. Esto produce dificultad en el retorno venoso y disminución del gasto cardíaco, lo que provoca caídas importantes de la presión arterial. Se soluciona colocando a la gestante en decúbito lateral izquierdo.

13. b. Los lípidos plasmáticos aumentan en la segunda mitad de la gestación por la acción del lactógeno placentario. Este incremento afecta a los lípidos totales: colesterol, fosfolípidos y ácidos grasos libres. Se supone que el aumento tendría como finalidad ahorrar hidratos de carbono a la gestante disminuyendo la utilización de glucosa para garantizársela al feto.

14. c. La FPP (fecha probable del parto) se calcula mediante la regla de Naegele. A partir de la fecha de la última menstruación se suman siete días al día de la última regla, se restan tres meses y se añade un año si fuera necesario.

15. d. El cloasma gravídico es el aumento de la pigmentación facial, en especial de la frente, mejillas y nariz. Esto es debido al aumento de la hormona hipofisaria estimulante de los melanocitos favorecido por la acción de la progesterona. Suele desaparecer después del parto, aunque en algunas mujeres persiste. Las demás alteraciones dermatológicas son relativamente frecuentes durante la gestación y, al igual que el cloasma gravídico, suelen remitir excepto las estrías gestacionales. ❶

BIBLIOGRAFÍA SELECCIONADA

Olds S, London M, Ladewig P. Enfermería materno-infantil. Un concepto integral familiar. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill, 1995.

Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1998.

Reeder S, Martin L, Koniak D. Enfermería Materno-infantil. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill, 1995.

Seguranyes Guillot G. Enfermería Maternal. Serie Manuales de Enfermería. Barcelona: Edit. Masson-Salvat, 1993.

Vanrell JA, Iglesias X, Cabero LI. Manual de obstetricia y ginecología para pregraduados. Barcelona: Edit Masson-Salvat, 1994.



En la **nueva web de Doyma**
encontrarás la información
que realmente te interesa

www.doyma.es

Líderes en gestión del conocimiento
médico en castellano

EDICIONES DOYMA S.L.

Publicaciones de editorial Doyma | Agenda Médica

Buscador de recursos médicos | Webteca

Noticias del ámbito sanitario | Biblioteca

Hemeroteca de las más prestigiosas publicaciones internacionales